

ADULTE(1)

Nom prénom (*) : ----- Date de naissance (*) : -----

Adresse(*) : -----

Tél (*) : ----- Port (*) : -----

Adresse email (*) : -----

Activité(s) choisie(s) : -----

Remise certificat médical :

(*) CHAMPS OBLIGATOIRES

ADULTE(2)

Nom prénom (*) : ----- Date naissance(*) : -----

Activité(s) choisie(s) : -----

Remise certificat médical :

ENFANT(S)

Nom prénom enfant (*) : ----- Date naissance (*) : -----

Activité(s) choisie(s) : -----

Remise certificat médical :

Nom prénom enfant (*) : ----- Date naissance (*) : -----

Activité(s) choisie (s) : -----

Remise certificat médical :

Nom prénom enfant (*) : ----- Date naissance (*) : -----

Activité(s) choisie(s) : -----

Remise certificat médical :

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude des renseignements et m'engage à respecter le règlement des activités à ma disposition sur le site internet **centreilebattoir.net**
Je m'engage à fournir un certificat médical si je participe à une activité le stipulant et dans le cas contraire le CIB décline toutes responsabilités.

J'autorise le Centre de l'Ile du Battoir à me prendre en photo durant l'activité que je pratique.

Une inscription à une activité est un engagement et aucun remboursement ne sera effectué.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »).